

**Міністерство охорони здоров'я України**  
**Харківський національний медичний університет**



**ЗБІРНИК**  
**НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**  
**«АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ КЛІНІЧНОЇ ТА**  
**ФУНДАМЕНТАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ»**

14.04.2017 р.  
м. Харків

Матеріали і методи дослідження. Обстежено 95 пацієнтів з АГ II стадії, 2-й ступеня. Середній вік пацієнтів склав  $49,5 \pm 5,4$  років. Пацієнти розділені на групи: 1-я група ( $n=45$ ) з поєднаним перебігом АГ і субкомпенсованим СД 2 типу; 2-я група ( $n=50$ ) пацієнти з АГ без СД 2 типу. Контрольна група ( $n=20$ ) була порівнювана за віком і статтю. Рівень ЦА2Г визначали методом імуноферментного аналізу. Визначали рівень глікозильованого гемоглобіну (HbA1c), глюкози крові натощак (ГКН), показники інсуліну і індекс інсулінорезистентності (НОМА-IR). Дослідження ліпидного обміну: вміст загального холестерину (ОХ) в сироватці крові, ліпопротеїдів низької щільності (ХСЛПНП), ліпопротеїдів високої щільності (ХСЛПВП), тригліцеридів (ТГ) проводили імуноферментним методом. Статистичну обробку отриманих результатів проведено за допомогою програми Statistica. Результати. Встановлено, що збільшення маси тіла спостерігалося у 75,2 % пацієнтів 1-ї групи і у 44,5 % пацієнтів 2-ї групи. Концентрація ЦА2Г була статистично значимо нижче у пацієнтів з поєднаним перебігом захворювання в порівнянні з пацієнтами 2-ї групи і групою контролю ( $52,4 \pm 17,4$  мг/мл,  $64,6 \pm 27,8$  мг/мл і  $79,4 \pm 32,6$  мг/мл, відповідно  $p < 0,05$ ). Рівень ЦА2Г знижувався в лінійній регресії в залежності від збільшення ІМТ у пацієнтів з поєднаним перебігом захворювання. Встановлено негативну кореляційну залежність ЦА2Г з ІМТ ( $r = -0,52$ ;  $p < 0,05$ ), НОМА-IR ( $r = -0,48$ ;  $p < 0,05$ ), рівнем глюкози ( $r = -0,44$ ;  $p < 0,05$ ), HbA1c ( $r = -0,46$ ;  $p < 0,01$ ) і вмістом ОХ ( $r = -0,52$ ;  $p < 0,05$ ). Висновки. Доведено, що зниження показників ЦА2Г у пацієнтів з АГ і СД 2 типу тісно пов'язано з прогресуванням інсулінорезистентності і проатерогенної дисліпідемії. Дисбаланс рівня ЦА2Г в сироватці крові, можна розглядати як прогностично несприятливий фактор прогресування метаболічних порушень у даній категорії пацієнтів.

Богущка Н.К.

## ГЕНДЕРНІ ВІДМІННОСТІ ФЕНОТИПІВ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ ДО ТА ПІСЛЯ СТАТЕВОГО ДОЗРІВАННЯ

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

Науковий керівник: професор Безруков Леонід Олексійович

Вступ. Статеві відмінності поширеності бронхіальної астми (БА) в дитячому віці асоціюють із різними тяжкістю захворювання та ризиком госпіталізації. Подальші дослідження необхідні для вивчення гендерних відмінностей щодо поширеності різних фенотипів БА до і після пубертату. Метою дослідження було оцінити відмінності за статеву ознакою клінічних і епідеміологічних

характеристик БА в дітей до і після статевого дозрівання. Матеріали і методи. Обстежено 120 дітей 6-18 років обох статей, хворих на персистувальну БА. До першої групи увійшли 49 пацієнтів до статевого дозрівання, друга група була сформована зі 71 пацієнта після початку статевого дозрівання (принаймні II стадія за шкалою Танера). Референтні групи були зіставлюваними за статтю, віком та місцем проживання. Були використані клініко-анамнестичні, алергологічні, спірометричні і статистичні методи дослідження.

Результати дослідження. У розглянутих когортах фенотип БА пізнього початку з дебютом після 6 років дещо переважав незалежно від статі і пубертатного статусу, в першу чергу у дівчаток після статевого дозрівання (ВР (відносний ризик)=1,3; 95% ДІ: 0,6-3,0). Ранній початок БА до 3-х років переважно асоціював із чоловічою статтю до статевого дозрівання. Фенотип нетяжкої БА переважав до пубертату незалежно від статі, а період після статевого дозрівання асоціював із деяким зростанням ризику тяжкого фенотипу БА як у дівчаток, так і у хлопчиків (ВР=1,6; 95%ДІ:0,5-5,1 і ВР=1,4; 95% ДІ:0,8-2,5 відповідно). Атопічний фенотип БА переважав у хлопчиків, а неатопічний – асоціював із жіночою статтю незалежно від пубертату. БА із бронхоконстрикцією фізичного зусилля з однаковою частотою була поширена серед обох статей незалежно від статусу статевого дозрівання. Істотних відмінностей спірометричних показників у дітей груп порівняння не відмічено. Після статевого дозрівання ризик госпіталізації до відділення невідкладної допомоги в зв'язку із загостренням БА у хлопчиків був істотно нижчим у зіставленні з допубертатним періодом (ВР=0,6; 95% ДІ:0,4-0,8), а у дівчаток після пубертату такий ризик дещо збільшився (ВР=1,4; 95% ДІ:0,7-2,7).

Висновки. У хлопчиків відмічено переважання БА раннього дебюту, атопічного фенотипу нетяжкої БА зі зниженням ризику госпіталізації після пубертату, а з жіночою статтю асоціював неатопічний фенотип БА зі зростанням ризику після пубертату тяжкого перебігу хвороби та госпіталізації до відділення невідкладної допомоги через загострення.

Буринюк-Глов'як Х.П.

## ГЛІКЕМІЧНИЙ ПРОФІЛЬ І РЕГУЛЯЦІЯ ГЛІКЕМІЇ ПРИ БРОНХІАЛЬНІЙ АСТМІ У ДІТЕЙ

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

Науковий керівник: Колоскова О.К.

Вступ. Бронхіальна астма (БА) залишається одним з найбільш поширених хронічних та складних щодо лікування запальних захворювань, що вирізняється багатьма різноманітними клінічними фенотипами у дітей та характеризується оборотною обструкцією бронхів, бронхіальною гіперчутливістю і запаленням